

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Кафедра дерматовенерологии**

**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

(Учебное пособие)

Владикавказ 2020

Составители: В.Т.Базаев, зав. кафедрой дерматовенерологии, доктор мед. наук;
ассистенты: к.м.н. О.В. Дашевская, М.С. Царуева,

Рецензенты: зав. каф.фармакологии с клинической фармакологией ГОУ ВПО
СОГМА Росздрава, д.м.н., проф. Болиева Л.З.;
зав. кафедрой дерматовенерологии Волгоградского государственного
медицинского университета, к.м.н., доцент Щава С.Н.

Целью настоящего учебного пособия является оказание помощи обучающимся в рациональном освоении основных принципов диагностики и лечения, применяемых в дерматовенерологии. В пособии приведены сведения о строении кожи и ее придатков. Дана характеристика основных патогистологических процессов, происходящих в эпидермисе и собственно коже. Представлены современные методы диагностики кожных болезней, а также принципы общей и наружной терапии.

Пособие может быть использовано при подготовке лекций и практических занятий профессорско-преподавательским составом медицинских ВУЗов и колледжей, а также служить учебным пособием для студентов, интернов, клинических ординаторов, слушателей ФПДО.

ОГЛАВЛЕНИЕ

- 1. Введение**
- 2. Строение кожи**
- 3. Морфологические элементы сыпи**
- 4. Патогистологические процессы в эпидермисе**
- 5. Методы диагностики в дерматовенерологии**
- 6. Общая терапия дерматозов и ИППП**
- 7. Методы наружной терапии в дерматовенерологии**

ВВЕДЕНИЕ

Дерматовенерология - это наука о заболеваниях кожи и инфекциях, передаваемых половым путем.

Кожные и венерические болезни весьма многообразны и встречаются довольно часто: свыше 20% больных в практике врача приходится именно на эту патологию.

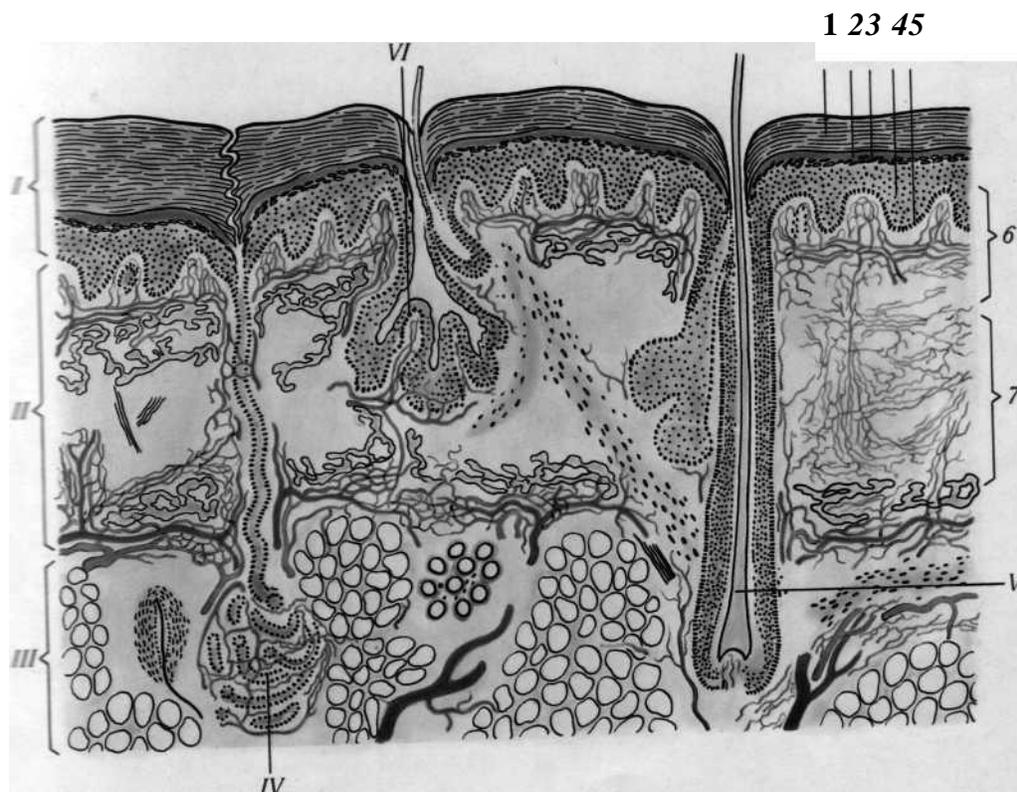
Кожные заболевания могут быть как отдельными нозологическими единицами, так и симптомами заболевания организма в целом.

КЛАССИФИКАЦИЯ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ.

1. Врожденные
2. Заболевания, обусловленные экзогенными факторами.
3. Заболевания, обусловленные эндогенными факторами.
4. Заболевания неизвестной этиологии
5. Опухоли кожи.

СТРОЕНИЕ КОЖИ.

Строение кожи:
I - эпидермис; 1 — роговой слой; 2 — стекловидный слой; 3 — зернистый слой; 4 — шиповатый слой; 5 — базальный слой. II — дерма; 6 — сосочковый слой; 7 — сетчатый слой. III — подкожная клетчатка; IV — потовая железа; V — волосяной фолликул; VI — сальная железа.



Для осознания механизмов патологических процессов, происходящих в коже, необходимо знать ее морфологию и функции в норме.

Кожа состоит из 3-х основных составляющих: эпидермиса (epidermis), собственно кожи (derma) и подкожно-жировой клетчатки (hypoderma).

Эпителий, в свою очередь, образуют 5 слоев:

1. **Базальный слой** - 1-2 ряда призматических клеток, плотно прилегающих друг к другу, делящихся митотическим путем; здесь также находятся меланоциты, содержащие пигмент меланин, обуславливающий цвет кожи.
2. **Шиповидный слой** - состоит из 7-8 рядов кубических клеток, соединенных между собой посредством отростков (шипиков).
3. **Зернистый слой** - 1-3 ряда клеток; назван так из-за внутриклеточных включений белка кератогиалина (1 этап физиологического шелушения).
4. **Блестящий (стекловидный) слой** - в клетках содержится белок элейдин (II этап ороговения)
5. **Роговой слой** - клетки безъядерные, плоские, располагаются черепицеобразно, не соединены друг с другом, содержат кератин (III этап ороговения); количество слоев различно в зависимости от локализации (на ладонях и подошвах значительно толще, при переходе в слизистые оболочки - тоньше, отсутствует на слизистых).

Дерма состоит из 2-х слоев, четкой границы между которыми нет:

1. Сосочковый
2. Сетчатый (ретикулярный)

Границы дермы:

- верхняя: базальная мембрана;
- нижняя: глубокая кровеносная сеть.

Сосочковый слой имеет форму сосочков, которые располагаются между эпидермальными отростками; при помощи сосочков происходит питание эпидермиса через щели в базальной мембране.

Относительной границей между сосочковым и ретикулярным слоями является поверхностная кровеносная сеть.

Сетчатый слой представлен коллагеновыми и эластическими волокнами, которые обуславливают тургор кожи.

Под дермой располагается подкожно-жировой слой (гиподерма), которая представлена ячеистыми клетками, заполненными жировой субстанцией.

ПРИДАТКИ КОЖИ.

Ногти. Состоят из ногтевого ложа, пластинки и основания ногтя.

Железы:

1. Потовые:

- эккриновые - выделяют кислый секрет, располагаются практически по всей поверхности кожи;
- апокриновые - начинают функционировать в возрасте полового созревания и атрофируются в пожилом возрасте, локализуются в подмышечных областях, области ануса, наружных половых органов; выделяют секрет, имеющий щелочную рН.

2. Сальные - большинство открываются в волосяной фолликул; имеются также изолированно расположенные, имеющие отдельный выводной проток; локализуются практически на всех участках кожи, за исключением ладоней и подошв; характеризуются голокриновым типом секреции (частичная гибель секреторируемой клетки).

Волосы бывают 3 видов:

- длинные - волосистая часть головы, усы, борода, подмышечные впадины, лобковая область;

- щетинистые - брови, ресницы, волосы наружного слухового прохода, носовых ходов;
- пушковые - на всех остальных участках кожи, за исключением ладоней, подошв, красной каймы губ, головки полового члена, малых половых губ.

Волос состоит из корня и стержня. Корень окружен волосным фолликулом. Гистологически волос состоит из 3-х слоев: кутикулы, коркового и мозгового.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ (ЭФФЛОРЕСЦЕНЦИИ).

1. Первичные - возникают на ранее неизменной коже.
2. Вторичные - возникают в результате эволюции первичных элементов.

Мономорфная сыпь - наличие только первичных высыпаний одного вида.

Полиморфная сыпь - наличие различных первичных элементов.

- истинный полиморфизм - высыпание различных первичных элементов, не связанных между собой.
- ложный полиморфизм - некоторые первичные элементы являются результатом эволюции других первичных элементов (пузырь - пустула)

Характеристика элементов сыпи составляется из следующих параметров:

- инфильтративный или экссудативный;
- рельефный (возвышается над уровнем кожи) или нерельефный;
- полостной или бесполостной;
- поверхностный(эпидермис, сосочковый слой дермы) или глубокий (сетчатый слой дермы, гиподерма);
- наличие стойких следов после регресса.

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ

1. **Пятно (macula)** - нерельефный, бесполостной, инфильтративный элемент, залегает в эпидермисе или сосочковом слое дермы; представляет собой изменение цвета кожи. Пятна бывают: сосудистые и пигментные; разновидностью сосудистых являются геморрагические. Сосудистые пятна образуются в результате расширения сосудов и, в зависимости от размера, подразделяются на:

- розеолу - диаметр до 3 см;
- эритему - более крупные.

Геморрагические пятна образуются в результате нарушения целостности сосудистой стенки и выхода крови в окружающие ткани. Различают по размеру:

- петехии - точечные кровоизлияния;
- пурпура - размером 1-2 см;
- экхимозы - более 2 см;
- vibicis – линейные кровоизлияния;
- гематома - рельефные кровоизлияния.

Пигментные пятна: гиперпигментированные и депигментированные. Гиперпигментированные пятна образуются за счет повышенного содержания пигментов (в основном меланина), гипо- и депигментированные - за счет пониженного их содержания или отсутствия.

Пигментные пятна могут быть врожденными (невусы) или приобретенными.

2. **Узелок (papula)** - рельефный, инфильтративный, бесполостной элемент сыпи, залегающий в эпидермисе (эпидермальная папула) или сосочковом слое дермы (дермальная), обычно подвергающийся регрессу без образования рубца. Папулы могут быть воспалительными (большинство дерматозов) и невоспалительными

(бородавки, папилломы).

Узелки подразделяют по размерам:

- милиарные - с просыное зерно (1-1,5 мм);
- лентикулярные - с чечевичное зерно (до 5 мм);
- нуммулярные - монетовидные;
- бляшки - более крупные.

3. Бугорок (tuberculum) - рельефный, инфильтративный, бесполостной элемент сыпи, залегающий в сетчатом слое дермы и разрешающийся с образованием рубца или рубцовой атрофии; обычно представляет собой инфекционную гранулему (туберкулез, сифилис). Размеры от 3-5 мм до 2-5 см.

4. Узел (nodus) - рельефный, инфильтративный, бесполостной элемент сыпи, залегающий в гиподерме и регрессирующий с образованием рубца или рубцовой атрофии; при не вовлечении поверхностных слоев кожи может проходить не оставляя видимых следов. Как и бугорок, чаще встречается при инфекционных заболеваниях (скрофулодерма, сифилитическая гумма).

5. Волдырь (urtica) - рельефный, экссудативный, бесполостной элемент сыпи, представляет собой острый отек сосочкового слоя дермы; проходит бесследно.

6. Пузырек (vesicula) - рельефный, экссудативный, полостной элемент сыпи, залегающий в эпидермисе и разрешающийся без образования стойких следов. Имеет серозное или серозно-геморрагическое содержимое, многокамерный. Размер 1-1,5 мм.

7. Пузырь (bulla) - рельефный, экссудативный, полостной элемент сыпи, залегающий в эпидермисе и сосочковом слое дермы и разрешающийся бесследно. В отличие от пузырька пузырь - большей величины и однокамерное образование.

8. Гнойничок (pustula) - рельефный, экссудативный, полостной элемент сыпи, заполненный гнойным экссудатом. Поверхностный гнойничок (импетиго) залегающий в эпидермисе или сосочковом слое дермы и разрешается бесследно, глубокий (эктима) - в сетчатом слое дермы и гиподерме и оставляет после разрешения рубец.

ВТОРИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

1. Вторичное пятно - нарушение пигментации, образуется после разрешения первичных морфологических элементов (узелка, пузырька, пузыря, поверхностного гнойничка, волдыря) или вторичных элементов (эрозий, язв). Различают вторичную гипер-, гипо- и депигментацию; размеры и форма соответствуют предшествующему элементу.

2. Чешуйка (squama) - роговая пластинка, утратившая связь с эпидермисом. Процесс непрерывного отторжения чешуек представляет собой шелушение, которое может происходить как при патологии, так и в норме (физиологическое шелушение). Шелушение бывает: муковидное (рубромикоз), отрубевидное (разноцветный отрубевидный лишай), листовидным (синдром Лайелла).

3. Корка (crusta) - представляет собой ссохшийся экссудат, в зависимости от которого может быть серозной, геморрагической, гнойной или смешанной.

4. Эрозия (erosio) - дефект эпидермиса, образуется после вскрытия полостных первичных элементов, а также при мацерации кожи. Дном эрозии является эпителий или, частично, сосочковый слой дермы.

5. Язва (ulcus) - глубокий дефект дермы и гиподермы, образуется после вскрытия эктимы, а также при некрозе бугорка и узла. Заживает образованием рубца.

6. Трещина (fissura) - линейный дефект кожи, возникает чаще в складках при сухости кожи и нарушении ее эластичности. Возникает из пузыря, пузырька, папулы. Трещины бывают глубокими и поверхностными.

7. **Экскориация, ссадина (excoriatio)** - дефект, возникающий в результате механического повреждения кожи, чаще вследствие расчесов. Ссадины бывают поверхностными и глубокими (биопсирующие).
8. **Вегетация (vegetatio)** - папилломатозное образование вследствие разрастания сосочков дермы и эпидермиса, возникает на поверхности различных патологических процессов (папул, бугорков, узлов, эрозий, язв).
9. **Лихенификация (lichenificatio)** - утолщение, уплотнение кожи, усиление ее рисунка. Чаще развивается первично в результате хронических воспалительных процессов, сопровождающихся зудом или же возникает за счет слияния папул.
10. **Рубец (cicatrix)** - элемент, возникающий в результате заполнения глубоких дефектов кожи грубоволокнистой соединительной тканью. При этом отсутствует кожный рисунок и придатки кожи. Рубцы различают нормо-, гипо- и гипертрофические.
11. **Рубцовая атрофия (athrophia cutis)** - элемент сыпи, возникающий в результате замещения инфильтрата без предшествующего нарушения целостности эпидермиса соединительной тканью; кожа при этом истончена, легко собирается в складку, напоминая папиросную бумагу.

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ЭПИДЕРМИСЕ.

Патоморфологические процессы в коже развиваются по законам общей патологии. Они возникают при разных болезнях кожи и являются общими для многих из них.

Патологические процессы, приводящие к образованию пузырька.

1. **Паренхиматозная дегенерация** - клетки мальпигиевого слоя утрачивают свою нормальную структуру, цитоплазма мутнеет, ядра распадаются, границы клетки не определяются, на их месте образуется пузырек.
2. **Вакуольная дегенерация** - в клетках, чаще базальных, образуется вакуоль, оттесняющая ядро к периферии, постепенно отечная жидкость растворяет клетку, на месте которой появляется пузырек.
3. **Спонгиоз (межклеточный отек)** - пузырек образуется за счет разрыва отечной жидкостью межклеточных мостиков.
4. **Баллонирующая дегенерация (внутриклеточный отек)** - образование интраэпидермальной полости, в которой находятся свободные эпидермоциты или их комплексы, а также клетки в состоянии некробиоза и некроза.

Патологические процессы, приводящие к образованию пузыря.

1. **Акантолиз** - образование внутриэпидермальных пузырей за счет потери связей между клетками шиповидного слоя и заполнения образовавшихся пространств межклеточной жидкостью. Клетки, лишенные связей, называются акантолитическими (клетки Тцанка); наблюдается при истинной пузырчатке.
2. **Эпидермолиз** - утрата связи между эпидермисом и дермой, приводящая к образованию субэпидермальной полости (болезнь Лайелла).

Нарушения процесса ороговения

Дискератоз - нарушение процесса ороговения, который наблюдается в виде:

- гиперкератоз - утолщение рогового слоя;
- паракератоз - незавершенный процесс ороговения, характеризующийся наличием ядер в клетках рогового слоя и отсутствием (недоразвитием) зернистого и элеидинового слоев.

Акантоз - увеличение количества рядов клеток шиповидного слоя, в результате которого

наблюдается усиленное врастание эпидермальных отростков в дерму, и, как следствие, пролиферация сосочков дермы (папилломатоз); наблюдается при псориазе.

Гранулез – утолщение зернистого слоя эпидермиса, наблюдается при красном плоском лишае.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пальпация - применяется для определения состояния поверхности элемента, глубины залегания, болезненности, консистенции.

Поскабливание (граттаж)- производится предметным стеклом или тупым скальпелем; используется для определения наличия шелушения, его характера и плотности прикрепления чешуек.

Диаскопия (витропрессия) - осуществляется надавливанием предметным стеклом на элементы сыпи. При помощи этого метода определяется характер высыпаний (сосудистый, пигментный и др.); выявляется симптом «яблочного желе» при туберкулезной волчанке.

Дермографизм - определение вегето-сосудистой реактивности кожи при помощи механического линейного раздражения (например, шпателем или другим тупым предметом). В норме появляются розово-красные полосы, исчезающие через 1-3 минуты (амфотония). При симпатотонии имеет место белый дермографизм, при ваготонии - красный стойкий дермографизм. Уртикарный дермографизм - возникновение уртикарий на месте раздражения (крапивница).

Кожно-аллергические пробы - основаны на способности алергизированного или инфицированного организма отвечать местной или общей реакцией на введение специфического антигена. Различают: аппликационные, скарификационные и внутрикожные пробы.

Микроскопические методы используются для выявления этиологического фактора заболевания (обнаружение грибов, бактерий, паразитов), а также специфических изменений, происходящих в коже (цитологические - исследование мазков-отпечатков при пузырьных дерматозах; гистологические - исследование срезов кожи).

Культуральные методы - заключаются в посеве исследуемого материала на питательные среды для идентификации бактерий, грибов и т.д., вызвавших заболевание.

ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ

Исследование периферической крови:

- эозинофилия (аллергодерматозы, дерматоз Дюринга и т.д.);
- лейкоцитоз, лейкопения, лимфопения, лимфоцитоз (лимфомы, нейрофиброматоз);
- LE - клетки (красная волчанка);
- недифференцированные, атипичные клетки (опухоль кожи).

Иммунограмма - количественное и качественное исследование клеточных и гуморальных факторов иммунитета с целью дальнейшей их коррекции (хронические дерматозы, генодерматозы, рецидивирующие бактериальные и вирусные инфекции и т.д.).

Серологические реакции - исследование сыворотки крови с целью выявления специфических антител (сифилис, герпес, актиномикоз и др.). При серологическом обследовании на сифилис применяется комплекс реакций: стандартные (КСР) – реакция Вассермана и две осадочные

реакции (Канна и цитохолевая). При необходимости рекомендуется постановка более чувствительных реакций, «трепонемных»: РИФ (реакция иммунофлюоресценции) и РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем). Эти реакции применяются, в основном, для распознавания ложноположительных результатов КСР. Для диагностики сифилиса и других ИППП, согласно новым утвержденным стандартам, в настоящее время рекомендуется использовать следующие методы: иммуноферментный анализ (ИФА), реакцию микропреципитации (РМП), а также реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА). Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) заключается в выявлении многократного увеличения количества ДНК микроорганизма.

Биохимические - сахар крови (хронические пиодермии, кандидоз), ферменты печени (псориаз, кожный зуд), порфирины (порфирия) и т.д.

Диагностика кожных заболеваний основывается на комплексной оценке анамнестических данных, результатов различных методов исследования (иммунных, биохимических, цитологических, микробиологических, патогистологических и др.) в сопоставлении их с клиническими особенностями патологического процесса. При этом именно клинимоρφологическая характеристика того или иного дерматоза является определяющей в диагностике заболевания.

ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ

Для общего лечения кожных болезней применяют почти весь арсенал средств и методов, принятых в терапии внутренних болезней: седативная, гипосенсибилизирующая, гормональная, иммунная терапия, химиотерапия, лечение антибиотиками и др. При выборе лекарственной терапии в дерматологии при рациональном ее назначении требуется весьма индивидуальное комплексное сочетание этиологических, патогенетических и симптоматических показаний.

Гипосенсибилизирующая терапия. В патогенезе многих дерматозов определенное значение принадлежит аллергии. Поэтому в лечении их важная роль отводится устранению аллергена и гипосенсибилизации. Основное затруднение состоит в том, что при поливалентной сенсibilизации, присущей многим аллергическим дерматозам, точное установление аллергена неосуществимо. Если аллерген выявлен, то следует проводить специфическую десенсибилизацию, для чего в кожу больного вводят малые количества аллергена по определенной схеме (стафилококковый анатоксин, антифагин, фильтрат и бактериофаг, стрептококковую и стафилококковую вакцины) – специфическая гипосенсибилизация.

Чаще в дерматологии применяется неспецифическая гипосенсибилизация препаратами кальция, натрия тиосульфатом, антигистаминными препаратами, кортикостероидами.

Наиболее широко применяют препараты кальция: кальция хлорид 10% раствор внутрь по 3-4 столовые ложки в сутки или внутривенно медленно по 5-10 мл ежедневно или через день в течение 10 дней. Кальция глюконат применяется внутрь по 1-2 таблетки (0,5г) 3 раза в день, или внутривенно (внутримышечно) по 5-10 мл 10 % раствора ежедневно или через день (иногда в зависимости от показаний через 2 дня). Кальция пантотенат назначают внутрь по 0,1г 3 раза в день в течение 7-10 дней.

К активным противовоспалительным и гипосенсибилизирующим веществам относятся салицилаты (натрия салицилат, кислота ацетилсалициловая), действующие, в том числе, и кортизоноподобно, так как обладают стимулирующим влиянием на синтез гормонов коры надпочечников.

Антигистаминные гипосенсибилизирующие препараты часто являются ведущими, основными в терапии аллергических дерматозов, экзематозного процесса, так как гистамин является важнейшим медиатором для многих реакций антиген-антитело немедленного типа. В

организме существуют специфические гистаминовые рецепторы, которые подразделяют на H1- и H2-рецепторы. Возбуждение периферических H1-рецепторов сопровождается спастическим сокращением бронхов, мускулатуры кишечника, активностью реакции антиген-антитело немедленно-замедленного типа. При возбуждении H2-рецепторов наиболее характерным является усиление секреции желудочных желез, нарушение регуляции тонуса гладких мышц матки, кишечника и сосудов. Известно, что H2-рецепторы определяют развитие аллергических реакций цитотоксического типа. Физиологическими антагонистами гистамина являются адреналин и другие симпатомиметические агенты: ацетилхолин, гистаглобин, интал, кортикостероидные гормоны. Наиболее широко применяются блокаторы H1-рецепторов: димедрол, диазолин, дипразин (пипольфен), тавегил, фенкарол, перитол и др. Основным представителем H2-рецепторов известен циметидин, применяемый для лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Применяются также препараты, блокирующие процесс высвобождения гистамина: хромогликат натрия (интал, кромолин-натрий).

Адреноблокирующие препараты. К ганглиоблокаторам, имеющим α -адреноблокирующее действие, относят препараты, применяемые для лечения заболеваний, связанных с нарушением периферического кровообращения (эндартериит, акроцианоз, синдром Рейно, склеродермия, атрофодермия и др.). Используются пирроксан, бензогексоний, пентамин, пирилен и др.

Транквилизаторы. Широко распространено в дерматологии применение седативных средств и транквилизаторов. Рационально назначать эти препараты кратковременно. Назначают магния сульфат, который помимо успокаивающего, детоксицирующего, антиспастического действия, оказывает гипосенсибилизирующий, желчегонный, послабляющий, гипотензивный эффект, способствующий уменьшению отечности тканей. Вводят внутримышечно или внутривенно в виде 25% р-ра через 1-2 дня № 10-15.

Как успокаивающее, нормализующее сон целесообразно назначать сибазон (реланиум, радедорм, седуксен), мезапам, феназепам и др. Положительный результат в лечении невротических состояний у больных тяжелыми хроническими дерматозами с сопутствующими заболеваниями печени, дискинезией желчевыводящих путей, хроническими панкреатитами отмечается при добавлении к комплексу липотропных средств, алкалоидов красавки и фенобарбитала (беллатаминал, беллоид, белласпон). Среди других средств успокаивающего действия используются настойка валерианы, пустырника, бромистые препараты.

Иммуномодуляторы и иммуностимуляторы. В процессе формирования воспалительных дерматозов возникают различные нарушения биологических процессов, которые обусловлены иммунологическими расстройствами. Поэтому при различных дерматозах, инфекционных и паразитарных заболеваниях широко используют различные виды иммунотерапии. К активной иммунизации относят средства, способствующие выработке антител. Введение в организм больных уже готовых антител называется пассивной иммунизацией. При пиодермитах, вызванных стрепто- и стафилококками во многих случаях применяют активную иммунизацию антифагином, анатоксином, вакцинацией, а также введение антистафилококкового γ -глобулина и антистафилококковой плазмы.

Иммуномодулирующим действием при вирусных инфекциях обладает человеческий лейкоцитарный интерферон. Среди индукторов интерферона наиболее эффективен отечественный синтетический низкомолекулярный индуктор интерферона – циклоферон. Основным достоинством циклоферона является его полифункциональность, что позволяет рассматривать препарат в качестве средства профилактики и лечения больных со сниженным иммунитетом (пожилых, больных с сопутствующей соматической патологией, а также детей). К интерферонам относятся также виферон (свечи и мазь), интрон-А и роферон.

Среди иммунопотенцирующих агентов часто применяется левамизол (декарис), оказывающий широкий спектр иммуностимулирующего действия. Специфическими

иммунокорректорами являются Т-активин, тималин. Гуморальные и клеточные факторы, активность фагоцитоза и синтез белка стимулируют метилурацил и пентоксил. Нуклеинат натрия усиливает противовирусный и антистафилококковый иммунитет, обладая интерферогенной активностью. Менее активным является дибазол. Препарат обладает свойствами иммуностимулятора и адаптогена.

Гормональные средства. Среди многочисленных эндогенных факторов, влияющих на активность иммунных механизмов, существенное значение принадлежит эндокринной системе. Гормоны влияют на синтез белка, процесс деления клетки, деятельность иммунокомпетентных клеток и т.д.

Кальцитонин способствует регуляции обмена кальция и фосфатов. В дерматологии особенно показан больным саркоидозом Бека. Назначается также больным буллезным эпидермолизом в сочетании с глюкокортикоидами.

Наиболее широко в дерматологии используются кортикостероиды. Среди дерматозов выделяют группы заболеваний, при которых назначение глюкокортикоидов жизненно необходимо: вульгарная пузырчатка, острая красная волчанка, дерматомиозит, узловатый периартериит, ангиопатии, саркоидоз, злокачественные Т-лимфомы кожи, псориазическая эритродермия, артропатический псориаз и др. Гормонам гипофиза (АКТГ) и коры надпочечников (глюкокортикоиды) свойственно активное противовоспалительное, гипосенсибилизирующее действие, поэтому их назначают при экземе, диффузном нейродермите, токсидермиях, многоформной экссудативной эритеме, синдроме Стивенса-Джонсона и др. Различные кортикостероидные препараты объединяются общностью терапевтического действия. Дексаметазон, урбазон, триамцинолон (полькортолон), кеналог оказывают более выраженное противовоспалительное действие, поэтому их применяют в меньших дозировках, в связи с чем, снижается количество побочных явлений и осложнений, их тяжесть. Невысокие дозы этих лекарственных средств не вызывают задержки натрия, не повышают кровяного давления и в меньшей степени, чем преднизолон, способствуют развитию гипергликемии и остеопороза. Преднизолон и его аналоги назначают внутрь, внутримышечно и внутривенно. Длительность курса зависит от характера переносимости и терапевтического действия. В связи с тем, что быстрая отмена препаратов приводит к обострению дерматоза (синдром отмены), прекращают лечение постепенно, медленно снижая лечебную дозу. Для профилактики катаболических осложнений (особенно выражены при приеме триамцинолона) кортикостероиды назначают в комплексе с анаболическими препаратами.

Антибиотики – важная группа средств антимикробной этиологической терапии – применяются в первую очередь при гнойничковых заболеваниях кожи, инфекциях, передаваемых половым путем и т.д. Они назначаются при наличии общих явлений, диссеминации гнойничковой сыпи, появлении регионарного лимфаденита, а также при локализации глубоких пиодермий в области головы и шеи. Перед назначением того или иного антибиотика следует установить чувствительность флоры. Разовые, суточные и курсовые дозы препаратов зависят от тяжести состояния больного и обычно находятся в средних параметрах. Широко используются по-прежнему препараты пенициллина и его полусинтетические производные. Для новых полусинтетических препаратов характерен более широкий спектр действия, активность в отношении резистентных возбудителей. Антибиотики тетрациклиновой группы обладают широким спектром противомикробного действия по отношению к грамположительным, грамотрицательным микроорганизмам, спирохетам, риккетсиям, крупным вирусам. Среди цефалоспоринов наиболее употребимы кефзол, цефамизин и цефалексин. При лечении гнойничковых болезней кожи эффективны макролиды: эритромицин и его сочетание с тетрациклином (эрициклин). Аминогликозиды действуют на грамположительные и грамотрицательные возбудители инфекции, однако, вследствие отонефрологического действия, а также отрицательного воздействия на свертываемость крови многие из них (неомицина

сульфат, канамицин, мономицин) используют редко.

Постоянно ведутся поиски и внедрение новых препаратов для лечения микотических инфекций. Применяемые ранее для лечения больных дерматомикозами гризеофульвин, а для лечения больных кандидозами нистатин, леворин, амфотерицин В остаются в арсенале средств, но наряду с ними появились имидазолы: канестен (клотримазол), кетоконазол (низорал), итраконазол (орунгал), тербинафин (ламизил, бинафин).

Сульфаниламиды (норсульфазол, этазол, сульфадиметоксин, сульфамонетоксин, бисептол) назначают при пиодермитах, угревой сыпи, эризипелоиде, а также при непереносимости антибиотиков. Из осложнений при приеме сульфаниламидных препаратов наиболее опасны агранулоцитоз, анафилактоидные реакции. Возможно развитие токсико-аллергической фиксированной эритемы.

Сульфоновые препараты (ДДС, димоцифон, диуцифон) применяются для лечения больных лепрой, дерматитом Дюринга, экземой, нейродермитом, псориазом, склеродермией и др. Препараты оказывают выраженное противовоспалительное действие, подавляют рост бактериальных популяций, стимулируют фагоцитарную активность лейкоцитов.

Противомаларийные аминокинолиновые препараты (резохин, плаквенил, хлорохин, делагил) используются в дерматологии как фотодесенсибилизирующие средства при красной волчанке, фотодерматозах, поздней кожной порфирии, пойкилодерматомиозите и др.

Метронидазол (трихопол) характеризуется широким спектром действия в отношении простейших. Он активно нейтрализует анаэробную инфекцию, стимулирует факторы клеточного и гуморального иммунитета Т-системы, усиливает защитные и регенеративные свойства слизистой желудка. Трихопол используют для лечения различных форм розацеа, периорального дерматита, себореидов, трихомониаза и т.д.

Сорбционная детоксикация основана на удалении из крови и других биологических жидкостей токсичных веществ эндогенного и экзогенного происхождения при помощи сорбентов. Детоксикация крови названа гемосорбцией, а удаление токсичных веществ из лимфы, плазмы и ликвора – соответственно лимфосорбцией, плазмосорбцией и ликворосорбцией. С целью детоксикации используется и кровезаменитель гемодез.

- *Витамины* относят к неспецифическим противовоспалительным и гипосенсибилизирующим средствам. Жизненная потребность в витаминах обусловлена их участием в построении многих ферментов в качестве простетических или коферментных групп, что обеспечивает регуляцию метаболизма, адаптационно-трофических механизмов и иммунокорректирующее действие. В дерматологии широко используются витамины комплекса В, особенно В1, В2, В5, В12, В15, витамины А, Е, С, Р в комбинации с другими терапевтическими средствами; Витамин В1 показан в период прогрессирования кожного процесса, при нарастании экссудативного компонента воспалительной реакции. Витамин В2 входит в состав ферментов, регулирующих окислительно-восстановительные процессы, участвует в углеводном, белковом и жировом обмене, необходим для поддержания нормальной функции зрительного анализатора. Целесообразно назначать при алергодерматозах витамин В5 – кальция пантотенат. Витамин В6 участвует в обмене жиров и липопротеидов, способствует выведению холестерина и триглицеридов. Витамин В12 оказывает выраженное антианемическое действие, нормализует обмен углеводов и жиров, благоприятно действует на функциональное состояние печени, нервной системы. В сочетании с фолиевой кислотой участвует в процессе эритропоэза. Витамин С (аскорбиновая кислота) участвует в регуляции окислительно-восстановительных процессов, способствует синтезу стероидных гормонов, образованию коллагена, уплотнению клеточных мембран капилляров. Никотиновая кислота назначается больным фотодерматозами, красной волчанкой и летней формой псориаза, т.к. снижает содержание порфиринов в крови, положительно действует на липидный обмен, оказывает сосудорасширяющее действие. Витамин D оказывает положительное влияние на

репаративные процессы в эпидермисе, оказывает антипролиферативное и иммуномодулирующее действие. Витамин А, или ретинол, способствует росту и развитию, обеспечивает процессы кератогенеза в эпидермисе. Витамин А не так активен как его синтетические производные. Наиболее действенными являются изотретиноин, этретинат (тигазон), неотигазон. Витамин Е (токоферола ацетат) стимулирует клеточный метаболизм, является природным антиоксидантом. Назначается большим склеродермией, красной волчанкой, атрофодермией, псориазом, угревой болезнью, диффузным нейродермитом. Витамин Р представляет собой группу соединений флавоноидов, влияющих на состояние мембран эндотелия капилляров и венул. Одновременно с витамином Р рекомендуется назначать аскорбиновую кислоту.

Препараты, нормализующие желудочно-кишечные ферменты. У больных аллергодерматозами в качестве сопутствующей патологии часто выявляется панкреатическая недостаточность, дефицит энтерокиназы, недостаточность амилазы, лактазы и протеиназы. Существуют препараты ферментного действия, способствующие активации гастроэнтерологической системы у больных с кожной патологией: пепсин и его аналоги (ацидин-пепсин, аципепсол), абомин, панкреатин, солизим, фестал, дигестал, мезим - форте, эссенциале - форте и др.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

В комплексном применении у больных с заболеваниями кожи используются многочисленные средства и методы физиотерапевтического воздействия. Физические факторы оказывают рефлекторное, гуморальное и непосредственное физико-химическое действие на различных уровнях. При выборе физических методов лечения дерматозов рекомендуется учитывать стадию заболевания, его форму, характер течения, а также возраст больного, функциональное состояние нервно-эндокринной, сердечно-сосудистой систем и наличие сопутствующих заболеваний.

Гальванизация – метод электротерапии, при котором на организм воздействуют постоянным электрическим током малой силы и низкого напряжения. Применяют непосредственно на зону поражения, рефлекторно-сегментарные зоны и для общего лечения. Показана при нейродермите и других зудящих дерматозах, склеродермии, узловатых васкулитах, псориазе, красном плоском лишае и келоидных рубцах. Противопоказаниями к гальванизации являются экзема, дерматиты, пиодермиты, гипертоническая болезнь III стадии, лихорадочные состояния, злокачественные новообразования.

Электрофорез – метод сочетанного действия постоянного тока и лекарственного вещества. В качестве лекарственных веществ могут использоваться: растворы магния сульфата, кальция хлорида, лидазы, новокаина, ихтиол, димексид и т.д.

Терапевтический электролиз – метод разрушения с терапевтической целью при помощи электрического тока. Метод применяется в дерматологической практике для разрушения бородавок, кондилом, папиллом и ангиом.

Электросон – это метод воздействия на ЦНС импульсным током. Процедура электросна значительно снижает эмоциональное напряжение, оказывает выраженное антистрессовое и седативное действие. Наступающий в процессе процедуры сон в отличие от медикаментозного приближается к естественному, физиологическому сну.

Диадинамотерапия – метод электролечения с помощью низкочастотных импульсных токов малой силы и низкого напряжения. При диадинамотерапии у больных с заболеваниями кожи отмечается уменьшение эритемы, отека, инфильтрации и зуда. Кроме того, в дерматологии ДДТ широко используется для диатермокоагуляции бородавок, папиллом,

сосудистых невусов, телеангиэктазий, удаления татуировок, келоидов. Противопоказания: тромбофлебит, инфекционные заболевания, злокачественные новообразования, сердечно-сосудистая недостаточность II и III степени, болезнь Паркинсона, беременность, психические расстройства.

Электростимуляция – метод применения различных импульсных токов низкой частоты для восстановления трофики органов и тканей. Электростимуляция показана при склеродермии, дерматомиозите, атрофодермии, атрофии Пазини-Пьерини, т.к. улучшается кровоснабжение кожи и мышц, снижается накопление молочной кислоты и повышается энергообеспечение.

Электропунктура – метод электролечения, предусматривающий воздействие импульсными токами низкой частоты на биологически активные точки без применения игл. Электропунктура относится к методам рефлекторно-сегментарной физиотерапии. Метод оказывает нормализующее влияние на организм через биологические точки, а также анальгезирующее, десенсибилизирующее, сосудорасширяющее, противовоспалительное действие. Электропунктура показана при экземе, нейродермите, псориазе, крапивнице, опоясывающем лишае.

Амплипульстерапия – метод электролечения, проводимый с помощью синусоидальных импульсных модулированных токов малой силы и низкого напряжения. Оказывает болеутоляющее действие, стимулирует микроциркуляцию, трофику тканей и улучшает функциональное состояние центральных и периферических отделов нервной системы.

Дарсонвализация – метод электротерапии, при котором используется импульсный переменный ток высокой частоты, высокого напряжения и малой силы. Метод повышает тонус сосудов, улучшает микроциркуляцию, улучшается трофика кожи и слизистых оболочек, усиливаются процессы регенерации. Дарсонвализация применяется при выпадении волос, у больных с угревой сыпью, хронической экземой, красным плоским лишаем, ограниченным и диффузным нейродермитом, псориазом, трофическими язвами и варикозным синдромом, очаговой и системной склеродермией, келоидами.

Индуктотерапия – метод лечебного воздействия электромагнитным полем высокой и ультравысокой частот с индуктивной передачей высокочастотного магнитного поля. Метод стимулирует глюкокортикоидную функцию надпочечников, повышает ферментативные, обменные процессы в тканях. Применяется для лечения экземы, нейродермита, псориаза, красного плоского лишая.

Ультравысокочастотные токи, или УВЧ, - это метод лечения переменным электрическим током ультравысокой частоты. В основе механизма действия УВЧ лежит первичное влияние на электрически заряженные частицы, из которых состоят ткани организма. Используется для лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункулы, карбункулы, гидраденит, васкулиты кожи, трофические язвы). Противопоказания: сердечно-сосудистая недостаточность, системные заболевания кожи, злокачественные новообразования, беременность, гипотония.

Ультразвуковая терапия – механическое, термическое и физико-химическое действие на определенные части тела больного. Используют прямое (на кожу, мышцы, суставы) и косвенное (на спинномозговые корешки, нервные стволы) воздействие. Прямое воздействие применяется при гидрадените, локализованном кожном зуде, ограниченной склеродермии, ограниченном нейродермите, трофических язвах, косвенное – при хронической крапивнице, универсальном кожном зуде, диффузном нейродермите, системной склеродермии. Введение лекарственных препаратов с помощью ультразвука получило название *фонофореза*. Противопоказания: общие инфекционные заболевания, гипертоническая болезнь, беременность кахексия, сердечно-сосудистая недостаточность, сирингомиелия, болезни крови.

Светолечение – метод, основанный на применении коротковолновых лучей солнечного спектра (гелиотерапия) и искусственных источников ультрафиолетового излучения.

Ультрафиолетовые лучи оказывают положительное влияние на центральную и вегетативную нервную системы, действуют боле- и зудоутоляюще, обладают бактерицидной и бактериостатической активностью, стимулируют рост волос, усиливают сало- и потоотделение.

Ультрафиолетовое облучение (УФО) аутокрови повышает бактерицидную активность сыворотки крови вследствие активирования фагоцитоза, увеличивает число лейкоцитов, базофильных гранулоцитов, нормализует количество и соотношение иммуноглобулинов G, M, A и E, интенсифицирует иммунологическую активность. Применяется для лечения больных псориазом (зимней формой), диффузным нейродермитом, экземой, стрептостафилодермией.

ПУВА - терапия – сочетанное применение фотосенсибилизирующих препаратов (псорален, метоксален, пувален, оксорален и др.) с облучением длинноволновыми ультрафиолетовыми лучами спектра А. В последние годы это один из наиболее эффективных физиотерапевтических методов лечения дерматозов: псориаза, грибкового микоза, красного плоского лишая, угревой сыпи, экземы, диффузного дерматита и др. К осложнениям ПУВА - терапии относят: появление кератом и папиллом, рецидивирование простого пузырькового лишая, поражение зрительного анализатора, нарушение пигментообразования, гипертрихоз, старение кожи, появление злокачественных новообразований (кератоакантомы, базально-клеточные карциномы) и т.д.

Рентгеновское излучение и Букки излучение оказывают противовоспалительное, резорбтивное и зудоуспокаивающее действие. Так как применение рентгеновского излучения сопровождается частыми осложнениями в виде рентгеновского дерматита, атрофии кожи, появления папиллом, кератом, кератоакантом, изъязвлений с малигнизацией, - это ограничивает применение этого метода в терапии дерматозов. Лишь в редких случаях, если лечение злокачественных новообразований неэффективно другими методами, используют рентгенотерапию. Чаще применяют пограничные лучи (излучение Букки), при которых повреждающее действие на кожу практически отсутствует или менее выражено. Букки излучение назначают при сливных, возвышающихся угрях, хронической экземе, келоидных рубцах, ограниченных формах нейродермитов и др.

Криотерапия – лечение холодом, проводится снегом угольной кислоты. С этой же целью применяют аппликации с замораживанием жидким азотом. Дозирование криовоздействия зависит от мощности инфильтрата и глубины воспаления объекта удаления. Различные методы криовоздействия применяют для удаления очагов хронической красной волчанки, кольцевидной гранулемы, ангиом, бородавок, кератом, сосудистых невусов, а также других доброкачественных новообразований кожи.

Лазеротерапия – использование в качестве лечебного фактора низкоинтенсивного лазерного излучения. Лазеротерапия оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, иммуномодулирующее, репаративное, метаболическое и рефлекторное действие. Наиболее широкое применение лазеротерапия нашла при лечении язвенных трофических поражений, склеродермии, гнездной алопеции, васкулитов кожи, опоясывающего лишая и некоторых других заболеваний. Противопоказания: бластоматозные процессы, системные заболевания крови, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, сахарный диабет, тиреотоксикоз.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Санаторно-курортная помощь – один из важных этапов в лечении дерматовенерологических больных. В отличие от фармакологических препаратов природные лечебные факторы являются естественными средствами воздействия и при рациональном использовании не оказывают побочных действий, не вызывают осложнений. При хронических заболеваниях кожи нейрогенного, аллергического или обменного характера чрезвычайно

полезно включение в терапевтический цикл различных курортных факторов. Обычно это делается после купирования рецидива болезни (в периоде реабилитации) при полном или почти полном отсутствии высыпных элементов.

Курортные факторы включают климатотерапию, бальнеотерапию, гелиотерапию, талассотерапию, пеллоидотерапию.

Влияние климата на течение отдельных дерматозов может быть радикальным. Например, при длительном нахождении (не менее 3 лет) в сухом климате возможно излечение атопического дерматита. Кратковременная климатотерапия способна продлить время ремиссии.

При многих кожных болезнях (экзема, псориаз, нейродермит, склеродермия, пруриго) эффективна бальнеотерапия – лечение минеральными водами. Гелиотерапия в виде воздушных ванн показана для лечения дерматозов в условиях курортов средней и южной полосы. На морском побережье возможна также талассотерапия – лечение морскими купаниями.

При дерматозах со стойкой инфильтрацией хорошие результаты дает пеллоидотерапия – аппликации лечебных грязей.

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ

В терапии дерматозов можно выделить несколько направлений:

- Устранение причины заболевания применением антибактериальных, антимикотических, антипаразитарных, противовирусных препаратов, средств, защищающих кожу от различных воздействий (при профессиональных дерматозах, фотодерматозах, укусах насекомых и др.)
- Устранение патологического процесса в коже в зависимости от его остроты, распространенности, локализации, субъективных ощущений.

При проведении наружной терапии важно соблюдать последовательность применения лекарственных форм.

При остром и подостром мокнущем воспалительном процессе необходимы водные растворы в виде примочек или аэрозолей.

При остром и подостром воспалительном процессе без мокнутия применяют примочки, аэрозоли, водные болтушки, присыпки, пасты и масляные болтушки.

При хроническом неспецифическом воспалительном процессе применяются мази, согревающие компрессы, пленки, лаки, пластыри.

При хроническом специфическом процессе вводят в очаги специфические препараты.

При кожных разрастаниях (бородавки, папилломы) – прижигающие (кератолитические) средства.

В стадию прогрессирования заболеваний, сопровождающихся инфильтрацией (псориаз, красный плоский лишай) применяют кератопластические средства в виде мазей, кремов с небольшим содержанием действующих веществ: 2% салициловой кислоты, 2-5% серы, 5% нафталана.

В стадии стабилизации и регрессирования инфильтративного процесса используют кератолитические средства (с возрастающим содержанием действующих веществ): мази, пленки, пластыри.

Перед началом фармакотерапии дерматозов необходимо учитывать показания и противопоказания к применению того или иного лекарственного препарата; возможность привыкания к местным средствам; возраст больного (детская кожа более активно поглощает лекарственные средства, например, борную кислоту, серу, салициловую кислоту, деготь, гормональные препараты); возможность развития аллергических реакций (при применении антибиотиков, фурацилина, бриллиантового зеленого и др.); возможность побочных явлений,

например, при длительном применении кортикостероидов (атрофия кожи, гипертрихоз, телеангиэктазии, кушингоид и др.).

Перед назначением местных лекарственных средств необходимо очистить кожу в очагах от чешуек, корок, остатков лекарственных препаратов, примененных ранее. Обычно с этой целью используют прокипяченные растительные масла. Лекарство применяют на ограниченный участок и только убедившись в его переносимости пациентом – на остальные участки кожи. Важно соблюдать правильность наложения примочек, лекарственных и мазевых повязок, смазываний, втираний, аппликаций, временные интервалы и т.д.

Местные кортикостероидные средства эффективно подавляют кожную воспалительную реакцию, в том числе аллергическую. Кортикостероиды (особенно фторированные) снижают скорость деления клеток, что важно при инфильтративно-десквамативных дерматозах (псориаз, нейродермит, красный плоский лишай, ихтиоз и др.).

При инфицировании участков поражения их не применяют без добавления антибактериальных средств, так как возможно прогрессирование воспалительных явлений и диссеминация процесса.

При нанесении на большие участки поражения (особенно эрозивно-язвенные) имеется значительный риск резорбции местных фторированных кортикостероидов, подавления функции надпочечников, при этом не исключается их тератогенное воздействие.

В связи с вышеуказанным при назначении топических кортикостероидов следует придерживаться следующих рекомендаций:

- В начале лечения применяют не самые активные препараты;
- При их неэффективности назначают высокоэффективный препарат до получения выраженного улучшения, после чего переходят на менее активный препарат;
- Препараты наносят на очаги тонким слоем;
- Окклюзионные (под компрессную бумагу или целлофановую пленку) повязки следует применять только непродолжительное время;
- Высокоактивные препараты назначают при дискоидной красной волчанке и красном плоском лишае, среднеактивные препараты – при псориазе, с небольшой активностью (гидрокортизон, преднизолон) – при экземе, дерматитах.

Классификация стероидных препаратов для местного применения

1. Очень сильнодействующие: беклометазон, гальцинонид, дифлукортолон, клобетазон (дермовейт).
2. Сильнодействующие: бетаметазон (бетновейт, белодерм), гидрокортизона бутират (локоид), триамцинолон, флуоцинолон (синалар).
3. Обладающие средней активностью: гидрокортизон с мочевиной, клобетазол.
4. Слабодействующие: гидрокортизон, метилпреднизолон.

При инфицированных кожных поражениях к кортикостероидам присоединяют антимикробные и антимикотические средства (неомицин, клотримазол, гелиомицин, нистатин, гентамицин и др.), при этом стероид предупреждает возможные реакции на эти вещества.

Побочные реакции чаще развиваются при лечении сильнодействующими кортикостероидами. Они выражаются в присоединении инфекции, атрофии кожи (иногда необратимой), стрий, местного гирсутизма у женщин молодого возраста, периорального дерматита, местной депигментации, акне.

Не следует применять сильнодействующие кортикостероиды на кожу лица (исключение – дискоидная красная волчанка), век (из-за возможности развития глаукомы).

Противопоказаниями к применению топических кортикостероидов (особенно высокоактивных) являются бактериальные, вирусные, грибковые дерматозы, периоральный дерматит, специфические инфекции кожи (туберкулез, сифилис), опухоли кожи, беременность (лактация), обширные поражения кожи, дерматозы у детей до года.

Примочки применяются для уменьшения мокнутия, отечности и ощущения жжения и зуда. Примочки должны быть холодными, менять их следует по мере высыхания и согревания каждые 3-5 мин в течение часа, по 2-3 раза в день. При более длительном воздействии кожа в очагах становится сухой, могут появиться трещины. У грудных детей примочки желательно не применять. Для примочек используют 2% раствор борной кислоты, 1-2% р-р резорцина, 0,25% р-р нитрата серебра, р-р перманганата калия, свинцовую воду. Марлю, сложенную в 6-8 слоев, пропитывают одним из указанных растворов, отжимают и прикладывают к участку мокнутия. Примочка оказывает охлаждающее и сосудосуживающее действие.

Пример. 1. Sol. Acidi borici 2% 300,0

D.S. Для примочек

2. Sol. Resorcini 2% 300,0

D.S. Для примочек

3. Sol. Kalii permanganatis 0,5% 300,0

D.S. Для примочек

Влажновысыхающие повязки назначаются при значительном мокнутии и наличии инфильтрата, а также при интенсивных субъективных ощущениях. Они накладываются следующим образом: на пораженный участок накладывают слой марли, смоченной одним из тех же растворов, что и для примочек, сверху – слой ваты и забинтовывают. Повязки меняют каждые 4-5 часов. При этом происходит медленное испарение лекарственного раствора и некоторое охлаждение поверхности кожи.

Компрессы применяются значительно реже. Они оказывают согревающее действие и способствуют рассасыванию инфильтратов, уменьшению воспаления. Для компрессов применяют спирт, боровскую жидкость, борную кислоту, свинцовую воду и др. Иногда компрессы накладывают на предварительно нанесенную на кожу индифферентную пасту. При этом происходит эпителизация мокнующих участков.

Смазывания и протирания различными растворами широко применяют для лечения различных патологий кожи. Так, спиртовые растворы с добавлением различных лекарственных средств, назначаются при кожном зуде, угревой болезни и др. Водные растворы некоторых средств используют для втирания при лечении больных чесоткой (гипосульфит натрия, соляная кислота), для полоскания слизистой рта, спринцеваний и инстилляций. При лечении фурункулов применяют смазывания чистым ихтиолом.

Пример. 1. Laevomycetini

Ac.borici aa 3,0

Ac.lactici 1,0

Sp.aethylici 70% 100ml

M.D.S. Протирать кожу лица 2 раза в день.

2. Ac.salicylici 3,0

Sp.aethylici 70% 100ml

M.D.S. Протирать кожу лица 2 раза в день

Ванны с применением различных веществ (перманганат калия, крахмал, морская соль) и лекарственных трав (кора дуба, ромашка, экстракт хвои) также находят применение в лечении кожных больных.

Присыпки (пудры) используют для уменьшения симптомов острого воспаления (при отсутствии мокнутия). Они адсорбируют жир и пот, охлаждая и высушивая кожу. Применяют индифферентные минеральные присыпки (окись цинка, тальк и др.), иногда к ним добавляют дезинфицирующие, противозудные средства. При назначении индифферентные присыпок целесообразно комбинировать минеральные вещества (цинк, тальк) и растительные (крахмал), так как первые лучше всасывают жиры, а вторые – воду. Не следует пользоваться растительными присыпками при поражениях, располагающихся на соприкасающихся участках кожи (под молочными железами, в бедренно-мошоночной области), так как здесь под влиянием значительной влажности присыпки быстро разлагаются, что приводит к прогрессированию воспалительного процесса.

Пример.1. Zinci oxydi

Talci

Amyli tritici aa 10,0

M.D.S. Присыпка

2. Urotropini

Acidi borici aa 2,5

Zinci oxydi

Talci aa 25,0

M.D.S. Присыпка при потливости ног.

Взбалтываемые взвеси (болтушки) применяют с целью уменьшения воспалительных явлений, высушивания и охлаждения кожи. Болтушка состоит из 30-40% порошковых веществ (цинк, тальк, крахмал) и 60-70% жидкости (воды и глицерина; воды, глицерина и спирта). Нанесенные на кожу порошки после испарения воды остаются на ней тонким слоем и благодаря глицерину удерживаются на протяжении многих часов. Масляная болтушка состоит из окиси цинка (30,0) и растительного масла (70,0). При необходимости к цинковому маслу можно добавить другое лекарственное вещество, например 2% борной кислоты, 5% ихтиола. Взбалтываемыми взвесями пользуются при острых, подострых воспалениях кожи (дерматитах, экземе и др.), отсутствии мокнутия и излишней сухости пораженных участков кожи.

Пример. 1. Zinci oxydi 30,0

Olei Helianti 70,0

M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день

2 Sulfuris pp.

Молоко Видаля

Sp. camphorati aa 6,0

Ol.Ricini

Sol.acidi borici 2%

Sp. aethylici 96% aa 50ml

M.D.S. наносить на очаги поражения после взбалтывания 1-2 раза в день

Паста представляет собой смесь жировых веществ с индифферентными порошками в

равных частях. Пасты занимают промежуточное положение между взбалтываемыми смесями и мазями, действуя глубже, чем первые, и поверхностнее, чем вторые. Пасты не следует применять при мокнущих процессах, а также на волосистые участки кожи. Для усиления противовоспалительного, противозудного действия паст в них добавляют ихтиол, препараты серы и дегтя, нафталан, борную кислоту и др. Обычная паста (основа) – цинковая паста, состоящая из равных количеств порошков и жиров.

Пример. 1. Pastae Zinci 40,0

D.S. Наносить на очаги 2 раза в день.

2. Acidi salicylici 1,0

Паста Лассара

Zinci oxydi

Amyli tritici aa 12,5

Vaselini ad 50,0

M.D.S. наносить на очаги поражения 1-2 раза в день

Пасты обычно накладываются один раз в день, так как они в противоположность мазям благодаря более густой консистенции дольше держатся на коже. Остатки паст и болтушек снимают обычно тампоном, смоченном в индифферентном жире.

Лаки. Основа лаков – эластический коллоид с 10% касторового масла или траумацитин (каучук в хлороформе). В основу вводят салициловую, карболовую, молочную кислоты, резорцин, деготь и другие вещества. Лак застывает на коже в виде тонкой пленки; вещества, содержащиеся в нем, глубоко проникают в кожу. Он удаляется бензином. Лаки оказывают кератолитическое, отслаивающее, фунгицидное, антипаразитарное действие. Применяется для лечения оомозелостей, бородавок, онихомикозах.

Пример. 1. Ac.salicylici 12,0

Ac.lactici 6,0

Collodii elastici 100,0

M.D.S. Смазывать очаги 1 раз в день

Пластыри. Основой пластыря является воск или канифоль, обеспечивающие густую и липкую консистенцию. Вводят кератолитические концентрации салициловой кислоты, мочевины, йода, карболовой и уксусной кислот, окись свинца и т.д. Оказывают активное рассасывающее, отслаивающее, разрыхляющее, дезинфицирующее, фунгицидное действие. Применяются для удаления оомозелостей, разрыхления ногтей, лечения ногтевого ложа при онихомикозах, веррукозной форме красного плоского лишая, ограниченном нейродермите, гнойно-воспалительных процессах в коже.

Перед применением пластырь нагревают, очаг протирают спиртом, меняют 1 раз в 2-3 дня.

Пример. 1. Ac.salicylici

Emplastri Plumbi aa 30,0

M.D.S. Наносить на очаг 1 раз в неделю

2. Ureaplasti 50,0

D.S. Накладывать на ногти на 48 ч

Масла в чистом виде используются для очищения пораженных участков от вторичных

болезненных наслоений, удаления с кожи остатков применявшихся лекарственных веществ. Применяют различные масла: персиковое, подсолнечное, оливковое и др. (Ol. Persicorum, Ol. Heliantum, Ol. Olivarium)

Аэрозоли- дисперсная система, состоящая из газовой среды, в которой взвешены твердые и жидкие лекарственные препараты. Они обычно содержат кортикостероиды, антибиотики и выпускаются в специальных герметичных баллонах с клапанным устройством. По механизму действия они близки к взбалтываемым взвесям. Применяются при различной степени воспалениях кожи, в том числе сопровождающихся мокнутием, пиодермией, осложненных воспалением микозах.

Пример. 1. Aerezoli “Oхucortum”

D.S. Орошать участки поражения 2-3 раза в день

Мази – лекарственная форма, основой которой является жир или синтетическое жироподобное вещество. В связи с этим наложение мази на пораженный участок кожи ведет к прекращению кожной перспирации, что обуславливает местное повышение температуры кожи, разрыхление ее поверхностных слоев и незначительное расширение сосудов. Благодаря этому лекарственные вещества всасываются в кожу. Основным показанием к применению мазей является наличие инфильтрации кожи при отсутствии острых или подострых воспалительных явлений. Обычно основой мази являются желтый вазелин, ланолин и свиное сало, иногда – нафталан. В мазевые основы в зависимости от показаний вводятся различные лекарственные средства: сера, деготь, ртуть, салициловая и борная кислоты, ихтиол, резорцин, ментол, анестезин, димедрол, папаверин и др.

Пример. 1. Acidi salicylici 2,0

Vaselini ad 100,0

M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день

2. Acidi salicylici

Серно-салициловая мазь

Sulfuris pp aa 2,0

Vaselini

Lanolini aa 48,0

M.D.S. Смазывать очаги 2 раза в день

3. Acidi borici

Борно-дегтярная мазь

Olei Rusci aa 0,6

Vaselini 30,0

M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день

4. Resorcini

Отслаивающая мазь Андриасяна

Ac.lactici

Ac.Salicylici aa 15,0

Vaselini ad 100,0

M.D.S. Нанести на ногтевые ложа на 48 ч

Широко используются мази, кремы и аэрозоли, содержащие только кортикостероиды (гидрокортизоновая, преднизолоновая, «Локоид», «Белодерм», «Целестодерм», «Элоком»,

«Адвантан»), кортикостероиды и антибиотики («Белогент», «Целестодерм с гарамицином», «Гиоксизон», «Оксикорт»), кортикостероиды и салициловую кислоту («Белосалик», «Дипросалик», «Лоринден А») и т.д.

В настоящее время для лечения многих хронических дерматозов (псориаз, красный плоский лишай, атопический дерматит) используются мази, содержащие кальципотриол (псоркутан, дайвонекс), а также кальципотриол с бетаметазоном (дайвобет).

Для терапии атопического дерматита широко используется 1% крем пимекролимус (элидел), позволяющий является альтернативой топическим кортикостероидам.

В состав *крема* наряду с высококачественным питательным животным жиром и растительным маслом включается водная фаза. Таким образом, крем представляет собой эмульсию, в которой в эмульгированном состоянии частицы воды находятся в масле и, наоборот, частицы масла содержатся в водной среде.

Пример. 1. Lanolini

Крем Унны

Ol. Persicorum

Aq. destil. aa 50,0

M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день

2. Sol. Dimedroli spirituosae 20% 20,0

Prednisoloni 0,2

Lanolini

Ol. Helianti

Aq. Destil. aa 10,0

M.D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.

Удобной для применения больными лекарственной формой является *гель* (троксевазин, метрогил, фенистил и др.).

Литература

1. Кожные и венерические болезни (руководство для врачей) под ред. Скрипкина Ю.К., Мордовцева В.Н., 1999. Том 1.
2. Кожные и венерические болезни под ред. Иванова О.Л. М., 2002.
3. П. Альтмайер. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии. М.; 2003; с. 529-530.
4. Г.М. Цветкова, В.Н. Мордовцев. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи. М., «Медицина» 1986.
5. Н.Н. Полушкина. Диагностический справочник дерматовенеролога. М.: АСТ, 2007.
6. В.М. Козин. Наружная терапия дерматозов. М.: 1996
7. В.П. Адаскевич, В.М. Козин. Кожные и венерические болезни. М.: «Медицинская литература»; 2006.
8. В.А.Аковбян, Е.В.Соколовский, В.И.Прохоренков. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Медиасфера, 2007.

Вопросы тестового контроля

1. **Гистологически в коже выделяют следующие слои:**

- а) эпидермис
- б) дерма
- в) гиподерма
- г) мезодерма
- д) периост

2. **Эпидермис состоит из следующих слоев кроме:**

- а) шиповатого
- б) зернистого
- в) базальной мембраны
- г) блестящего
- д) рогового

3. **Базальный слой состоит из:**

- а) одного слоя цилиндрических клеток
- б) 3—8 рядов цилиндрических клеток
- в) одного ряда кубических клеток
- г) эластических волокон
- д) клеток Лангерганса

4. **В состав эпидермиса входят все клетки кроме:**

- а) клетки Меркеля
- б) меланоциты
- в) эритроциты
- г) кератиноциты
- д) фибробласты

5. **Меланоциты входят в состав:**

- а) базального слоя
- б) шиповатого слоя
- в) зернистого слоя
- г) блестящего слоя
- д) рогового слоя

6. **В состав дермы не входят:**

- а) клеточные элементы
- б) волокна
- в) межклеточное вещество
- г) базальная мембрана
- д) сосуды

7. **Дерма состоит из слоев:**

- а) сосочкового
- б) сетчатого
- в) базальной мембраны
- г) сосудистого
- д) рогового

8. В состав гиподермы не входит:

- а) соединительная ткань
- б) кровеносные сосуды
- в) жировые клетки
- г) корнеоциты
- д) нервные стволы

9. К придаткам кожи относят все кроме:

- а) волосы
- б) невусы
- в) ногти
- г) потовые железы
- д) сальные железы

10. Сальные железы представляют собой:

- а) простые трубчатые образования
- б) апокринные железы
- в) мерокринные железы
- г) эккринные железы
- д) голокринные железы

11. Гиперкератоз характеризуется:

- а) нарушением процесса меланогенеза
- б) потерей связи между клетками
- в) утолщением рогового слоя
- г) разрастанием сосочков дермы
- д) утолщением зернистого слоя

12. Гранулез характеризуется:

- а) утолщением рогового слоя
- б) утолщением зернистого слоя
- в) потерей связи между клетками
- г) неравномерным утолщением эпидермиса
- д) разрастанием сосочков дермы

13. Спонгиоз это:

- а) образование вакуолей в цитоплазме базальных эпидермоцитов
- б) межклеточный отек шиповатого слоя
- в) изменение окраски кожного покрова
- г) изменение ядер клеток
- д) потеря связи между клетками

14. Акантолиз это:

- а) утолщение рогового слоя
- б) утолщение зернистого слоя
- в) потеря связи между эпидермальными клетками
- г) межклеточный отек

д) увеличение количества рядов клеток шиповатого слоя

15. Акантоз это:

- а) потеря связи между эпидермальными клетками
- б) утолщение рогового слоя
- в) утолщение зернистого слоя
- г) неполное ороговение клеток
- д) увеличение количества рядов клеток шиповатого слоя

16. Кожа выполняет все функции кроме:

- а) иммунной
- б) обменной
- в) рецепторной
- г) секреторной
- д) пищеварительной

17. К первичным морфологическим элементам кожной сыпи не относят:

- а) пятно
- б) бугорок
- в) узел
- г) волдырь
- д) эрозию

18. К полостным первичным морфологическим элементам кожной сыпи относятся:

- а) пустула
- б) папула
- в) пятно
- г) волдырь
- д) везикула

18.а,д

19. Назовите разновидности пятна:

- а) розеола
- б) бляшка
- в) волдырь
- г) эритема
- д) поверхностное

20. К разновидностям пустулы относят:

- а) бляшку
- б) микровезикулу
- в) фликтену
- г) эксфолиацию
- д) корку

21. К полостным первичным морфологическим элементам кожной сыпи относят:

- а) пустулу

- б) папулу
- в) пузырек
- г) пузырь
- д) пятно

22. К бесполостным первичным морфологическим элементам кожной сыпи не относится:

- а) пятно
- б) бугорок
- в) волдырь
- г) пустула
- д) узел

23. К вторичным морфологическим элементам кожной сыпи не относится:

- а) пузырь
- б) корка
- в) эрозия
- г) вегетация
- д) эксфолиация

24. После вскрытия на месте пузырька остается:

- а) язва
- б) эрозия
- в) корка
- г) лихенификация
- д) чешуйка

25. Гистологически при волдыре определяется:

- а) ограниченный отек сосочкового слоя
- б) спонгиоз
- в) гиперкератоз
- г) гипергранулез
- д) Акантолиз

26. Язва это:

- а) дефект кожи в пределах эпидермиса
- б) глубокий дефект кожи
- в) линейный дефект кожи
- г) утолщение кожи с усилением ее рисунка
- д) изменение цвета кожи

27. К специальным методам обследования кожного больного относят:

- а) перкуссию
- б) граттаж
- в) УЗИ внутренних органов
- г) диаскопию
- д) пальпацию

28. На мокнущий воспалительный процесс необходимо назначить:

- а) примочки
- б) мазь
- в) аэрозоль
- г) лак

29. При подостром воспалительном процессе без везикуляции показаны:

- а) примочки
- б) кремы
- в) пасты
- г) лаки
- д) водные болтушки

30. При хроническом неспецифическом процессе применяют:

- а) мази
- б) примочки
- в) пасты
- г) лаки
- д) пластыри

31. Пудры применяются при:

- а) остром мокнущем процессе
- б) остром воспалительном процессе без мокнутия
- в) подостром дерматите без мокнутия
- г) повышенной потливости
- д) хроническом воспалительном процессе

32. Примочки применяются при:

- а) остром мокнущем процессе
- б) остром воспалительном процессе без мокнутия
- в) подостром дерматите без мокнутия
- г) повышенной потливости
- д) хроническом воспалительном процессе

33. Примочки оказывают следующее действие:

- а) согревающее
- б) противовоспалительное
- в) дезинфицирующее
- г) кератолитическое
- д) иммуномодулирующее

34. Болтушки оказывают следующее действие:

- а) подсушивающее
- б) противозудное
- в) кератолитическое
- г) противовоспалительное
- д) кератопластическое

35. Когда применяются мази:

- а) в острую стадию при наличии мокнутия

- б) при хронических воспалительных дерматозах
- в) для смягчения кожи
- г) для лечения грибковых заболеваний
- д) с целью охлаждения

36. Какое действие оказывают лаки:

- а) кератолитическое
- б) согревающее
- в) отслаивающее
- г) противовоспалительное
- д) антигистаминное

37. Назовите осложнения антибиотикотерапии:

- а) анафилактический шок
- б) дисбактериоз
- в) алопеция
- г) повышение артериального давления
- д) сахарный диабет

38. Назовите препарат, обладающий наиболее выраженным катаболическим действием:

- а) преднизолон
- б) дексаметазон
- в) триамцинолон
- г) метилпреднизолон
- д) бетаметазон

39. Назовите осложнения глюкокортикоидной терапии:

- а) артериальная гипертензия
- б) кушингоид
- в) анафилактический шок
- г) остеолитический
- д) деменция

40. ПУВА-терапия это:

- а) средневолновое УФО
- б) сочетанное действие фотосенсибилизатора и длинноволнового УФО
- в) УФО крови
- г) локальное УФО
- д) фонофорез фотосенсибилизирующих мазей

41. Антибиотики применяют для лечения:

- а) пиодермии
- б) бородавок
- в) эпидермофитии
- г) чесотки
- д) сифилиса

42. К противовирусным препаратам относятся:

- а) пенициллин
- б) ацикловир
- в) ламизил
- г) бонафтон
- д) фторокорт

43. К противогрибковым препаратам относятся:

- а) ацикловир
- б) тетрациклин
- в) низорал
- г) ламизил
- д) клотримазол

44. Ароматические ретиноиды это:

- а) производные витамина А
- б) антибиотики
- в) антиоксиданты
- г) глюкокортикоиды
- д) адаптогены

45. При местном применении глюкокортикоиды оказывают следующее действие:

- а) противовоспалительное
- б) антибактериальное
- в) антиэкссудативное
- г) противовирусное
- д) противоаллергическое

46. Какие формы обладают кератолитическим действием:

- а) 2 % салициловая мазь
- б) сернодегтярная мазь 5 %
- в) серносалициловая мазь 5 %
- г) болтушки
- д) примочки

47. К антибиотикам пенициллинового ряда относятся:

- а) ампициллин
- б) цефалексин
- в) бициллин
- г) тетрациклин
- д) эритромицин

48. К глюкокортикоидам относятся все препараты кроме:

- а) бетаметазон

- б) гидрокортизон
- в) метилтестостерон
- г) триамцинолон
- д) метилпреднизолон

49. Какие из перечисленных лекарственных форм обладают противовоспалительным действием:

- а) лаки
- б) пасты
- в) красители
- г) мази с глюкокортикоидами
- д) прижигающие средства

50. В каких из перечисленных мазей содержатся глюкокортикоиды:

- а) микосептин
- б) салициловая
- в) оксикорт
- г) фторокорт
- д) зовиракс